

归等活血化瘀药有改善微循环作用,可抑制组织增生;黄柏有效成分小檗碱能拮抗环氧化酶转录活性,抑制炎症递质形成,从而减少间质性细胞浸润,抑制  $\alpha$  受体,促进症状缓解。

手术创伤刺激、术中出血均能导致患者出现不同程度的全身炎症反应,其属机体自我保护反应之一,但过度炎症反应多提示创伤较重,影响术后恢复。张志涛等<sup>[8]</sup>研究证实,与术前相比,2 组术后 24 血清中抗炎介质(IL-10、IL-4 等)及促炎介质(IL-6、IL-1 $\beta$  等)含量均增加,进一步说明手术创伤可引发全身炎症。本研究结果显示,治疗后治疗组 TNF- $\alpha$  水平较对照组更低,IL-10 水平较对照组更高,说明前列舒通胶囊用于 PKRP 术后可减轻患者炎症反应。分析原因可能为,前列舒通胶囊中赤芍、土茯苓、柴胡、马齿苋等诸多中草药有抗炎、抗菌作用有关,其中赤芍有促进炎症吸收和减少炎症渗出的作用,可减轻和消除变态反应引起的病理损伤;此外研究证实,前列舒通胶囊可显著减少模型大鼠前列腺组织中 TNF- $\alpha$  含量,提高 IL-10 含量,从而减轻炎症反应<sup>[9]</sup>。

综上所述,前列舒通胶囊用于 PKRP 术后可减轻患者炎症反应,改善尿动力学,加快患者术后症状改善,提高生活质量。

## 参考文献

- [1] 戴朝波,张龙辉,兰金耀. 补肾活血汤治疗前列腺增生电切术后患者的效果及对性激素水平的影响[J]. 中国医药导报,2020,17(30):161-164.
- [2] 颜学槐. 补肾益气通淋方联合神阙穴隔盐灸对良性前列腺增生术后排尿功能障碍患者逼尿肌功能及尿动力学的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30(6):650-653.
- [3] 孔令军,王红梅,赵佳龙. 前列舒通胶囊联合坦索罗辛治疗良性前列腺增生对患者尿道功能的影响[J]. 海南医学,2019,30(18):2373-2375.
- [4] 中国中西医结合学会男科专业委员会. 良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行版)[J]. 中华男科学杂志,2017,23(3):280-285.
- [5] 李一夫,李晓琳,张岩,等. 国际前列腺症状评分的汉化与评价[J]. 全科医学临床与教育,2019,17(4):305-307.
- [6] 黄克岭,于艳辉,高双友. 前列舒通及坦索罗辛联合用药对前列腺增生患者术后功能恢复的干预研究[J]. 实用药物与临床,2021,24(6):525-530.
- [7] 刘胜京,高庆和,王福,等. 基于网络药理学及分子对接探讨前列舒通胶囊治疗慢性前列腺炎的分子机制[J]. 中国中西医结合杂志,2020,40(7):805-810.
- [8] 张志涛,王杰,武旗. 1470nm 半导体激光汽化术与经尿道前列腺电切术后的炎症及应激反应程度比较[J]. 海南医学院学报,2018,24(3):349-352.
- [9] 中华中医药学会男科分会. 前列舒通胶囊治疗良性前列腺增生临床应用专家共识[J]. 中华男科学杂志,2020,26(8):759-762.

(编辑:刘慧清 收稿日期:2023-08-22)

# 中药联合耳穴贴压治疗肝郁脾虚型失眠临床观察\*

章津敏<sup>1</sup> 邓蕾<sup>2</sup> 杨俊<sup>2</sup> 刘坛树<sup>3</sup> 吴文宝<sup>3</sup>

**摘要:**目的 比较中药汤剂联合耳穴贴压与口服艾司唑仑对肝郁脾虚型失眠患者的治疗效果。方法 共纳入中医辨证肝郁脾虚型的失眠患者 80 例,分为观察组和对照组(每组 40 例)。观察组予中药汤剂联合耳穴贴压,对照组每晚口服 1 片艾司唑仑,2 组治疗疗程均 10 d。评价指标为 PSQI 评分、SAS 评分、中医证候评分,最后对临床疗效进行评定对比。结果 治疗后 2 组患者 PSQI、SAS 评分均较治疗前降低,观察组 PSQI 评分中入睡时间、日间功能障碍低于对照组;中医证候评分中,治疗后 2 组患者睡眠不安均较治疗前降低,观察组腹胀、纳少等评分均低于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 肝郁脾虚型失眠患者采用中药联合耳穴贴压可有效改善其睡眠质量及中医证候症状。

**关键词:**不寐;失眠;肝郁脾虚证;耳穴贴压疗法;中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.11.025 文章编号:1003-8914(2024)-11-2199-05

失眠是临床常见病、多发病,不仅严重影响患者的生活质量,同时对社会构成严重的负担<sup>[1-3]</sup>。有研究

表明,长期失眠的患者糖尿病、心脏病等诸多内科疾病的发生率明显升高<sup>[4]</sup>。长期失眠会诱发或加剧患者的焦虑、抑郁等症状,失眠患者中至少有一半的人同时伴发焦虑或抑郁,是正常人群的 17.35 倍<sup>[5]</sup>。临床上失眠的治疗以药物治疗为主,首选短、中效的苯二氮卓类受体激动剂(BzRA)或褪黑素受体激动剂(如雷美替胺)<sup>[6]</sup>,这类药物可短期有效改善睡眠,但长期效果不佳,且有耐药性问题,并可导致日间嗜睡、头晕、认知

\*基金项目:福建省龙岩市科技计划项目(No. 2021LYF17019)

作者单位:1. 福建医科大学附属龙岩市第一医院中医科(福建 龙岩 364000);2. 福建医科大学附属龙岩市第一医院骨伤科(福建 龙岩 364000);3. 福建医科大学附属龙岩市第一医院针灸科(福建 龙岩 364000)

通信方式:E-mail 376799956@qq.com

行为等改变,长期服用可造成药物成瘾,突然停药可出现撤药综合征<sup>[7,8]</sup>。相关文献研究表明,失眠与肝郁密切相关,原发性失眠肝郁证中肝郁脾虚证占 32.7%,是占比最多的肝郁证中医证型<sup>[9-11]</sup>。辨证论治是中医的特色和精华,是中医诊治疾病的基本原则之一,传统中医理论认为耳与人体经络紧密相连,《灵枢·口问》云:“耳者,宗脉之所聚也”,通过王不留行籽贴压刺激相应耳穴,能够调节人体经络脏腑的功能,达到防病治病的目的。鉴于此,本研究尝试运用疏肝解郁、健脾安神的中药汤剂联合耳穴贴压治疗肝郁脾虚型失眠患者,探索更有利于肝郁脾虚型失眠患者的中医药治疗方法,为改善患者失眠症状,提高患者睡眠质量,丰富失眠病症的中医诊疗干预方案。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2022 年 3 月—2023 年 6 月在龙岩市第一医院中医科、骨伤科门诊及住院,中医辨证为肝郁脾虚型失眠的患者 80 例。采用随机对照试验的方法,根据随机数字表法分为观察组和对照组,各 40 例。2 组患者性别、年龄、病程等方面比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。见表 1。本研究课题已通过龙岩市第一医院伦理委员会审核(LYREC2022-k010-01),所有研究对象均知情同意,自愿参与本研究。

表 1 2 组患者一般资料比较 (例,  $\bar{x} \pm s$ , %)

组别	例数	男/女	年龄/岁	病程/d
观察组	40	19/21	42.03 ± 12.03	10.43 ± 6.06
对照组	40	17/23	41.28 ± 9.81	9.58 ± 6.06
$\chi^2$ 值/ $t$ 值		0.202	0.306	0.627
$P$ 值		0.653	0.761	0.533

**1.2 诊断标准** 失眠西医诊断依据《中国失眠症诊断和治疗指南》<sup>[6]</sup>;不寐及肝郁脾虚证的中医诊断依据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[12]</sup>。

**1.3 纳入标准** ①符合以上西医、中医诊断标准和中医证候诊断标准;②年龄 18~60 岁且既往未经治疗的失眠患者;③匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分  $\geq 6$  分;④有一定的认知能力,无沟通障碍,能配合量表填写。

**1.4 排除标准** ①失眠由疼痛、发热、手术等全身疾病引起者,合并有心血管系统、呼吸系统、消化系统或造血系统等严重原发性疾病者;②妊娠或哺乳期妇女;③已确诊患有严重精神障碍类疾病,或极度精神衰弱正在服用精神类药品者;④耳部皮肤有破损不适宜进行耳穴贴压操作者;⑤有长期酗酒、药物滥用史者。

**1.5 治疗方法** 观察组:中药:予以逍遥散合柴胡疏肝散加减:当归 10 g,白芍 10 g,柴胡 10 g,茯苓 20 g,

白术 10 g,党参 15 g,香附 10 g,川芎 10 g,枳壳 10 g,酸枣仁 15 g,合欢皮 30 g,首乌藤 30 g,龙骨 20 g,牡蛎 20 g,炙甘草 3 g。以上中药饮片水煎服,每剂中药连续煮 2 遍混匀共 300 ml,分 2 次,每次 150 ml,中午、晚上饭后温服,连续服用 10 d。耳穴贴压:①耳穴贴压取穴:以神门、枕、皮质下、心、肾、垂前为主穴,配穴:脾、肝、三焦。②操作流程:操作者位于患者耳侧位,轻提患者耳轮后上方,用棉签或棉球蘸取 75% 酒精消毒耳部皮肤并晾干,持耳穴探棒在耳部选区内由上而下仔细探查敏感点,找到敏感点后用镊子夹取王不留行籽耳贴并贴于所选耳穴,用指腹轻柔按压耳穴贴 3~5 min。患者需每日按压耳穴贴 5 次,夜晚睡前可多按压,每次按压 30 s 左右,力度适中以局部产生酸麻胀或轻微痛感为宜,5 d 后换对侧耳。治疗疗程为 10 d。

对照组:艾司唑仑片(山东信谊制药有限公司,国药准字 H37023047,规格:1 mg/片)1 mg 每晚睡前口服,治疗疗程为 10 d。

**1.6 观察指标** 分别记录患者治疗前后匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分、焦虑自评量表(SAS)评分及中医证候评分。①匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表:1989 年由美国学者编写的用于评估研究对象睡眠质量的专业量表,本研究利用该量表对患者近 1 个月的睡眠情况进行自我评定并计分。量表围绕睡眠情况共有 7 个评估维度,累计各维度评分即为 PSQI 总分,5 分以下睡眠质量很好,6~10 分睡眠质量还行,11~15 分睡眠质量一般,16 分以上睡眠质量很差,治疗前后总分的分差越大表示治疗疗效越好。②焦虑自评量表(SAS):是综合性医院常用的评估、筛查患者精神焦虑状态的量表,由 15 道正向计分题和 5 道反向计分题组成,每道题分值为 1~4 分,总分 50 分以下者为正常;50~60 分者为轻度焦虑;61~70 分者为中度焦虑;70 分以上者为重度焦虑。③中医证候评分量表:本研究中医证候量表中的临床症状主要依照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[13]</sup>中肝郁脾虚型标准制定,并结合本课题采用的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[12]</sup>中不寐的诊断依据来制定,针对研究对象的睡眠情况和肝郁脾虚型证候,采用 0~10 数字化评分法,无症状记 0 分,随症状加重分数依次递增,无法忍受的最严重症状记 10 分,患者结合实际情况进行自我评分。中医证候主要包括:胁肋胀痛、腹胀、纳食较少、便溏不爽、情绪抑郁或发恼易怒、喜太息、肠鸣矢气、腹痛欲泄、泄后痛减少。累加各症状分值即得总分,总分越高说明症状越重。治疗前后分差越大说明疗效越好。

**1.7 疗效评价标准** 主要根据 PSQI 减分率并结合患者临床症状进行疗效评价。治疗前后 PSQI 总分差值

占治疗前 PSQI 总分的比率即为 PSQI 减分率。临床痊愈:①PSQI 评分表条目 4 睡眠时长 6 h 及以上;②PSQI 减分率 > 75%;③白天精力充沛,需同时满足上述 3 项,若只满足其中 2 项则判定为显效。显效:①PSQI 评分表条目 4 睡眠时长增加 3 h 以上;②50% < PSQI 减分率 ≤ 75%,需同时满足上述 2 项,若只满足其中 1 项则判定为有效。有效:①PSQI 评分表条目 4 睡眠时长增加小于 3 h;②30% < PSQI 减分率 ≤ 50%;同时满足上述 2 项,若只满足其中 1 项则判定为无效。无效:PSQI 减分率 ≤ 30%,治疗后失眠未见改善。

**1.8 统计学方法** 采用 SPSS 25.0 软件进行统计分析,计数资料用百分数或频数表示;符合正态性的计量资料用均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示。组内比较的计量资料,符合正态性且方差齐者,采用配对样本  $t$  检验。组间比较的计量资料满足独立性、正态性和方差齐性条件后,采用两独立样本  $t$  检验,若方差不齐者采用  $t'$  检验,定性资料采用 Pearson ( $\chi^2$ ) 卡方检验,本次研究的  $N > 40$ ,若均  $T \geq 5$ ,则选择皮尔逊卡方  $\chi^2$  和渐进显著性  $P$  值;若均  $T \geq 1$ ,且至少一个  $T \leq 5$ ,则选择连续性校正卡方  $\chi^2$  和渐进  $P$  值。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义,均数、标准差、四分位数保留 2 位小数,所有统计值及  $P$  值保留 3 位小数。

## 2 结果

**2.1 2 组患者 PSQI 评分比较** 治疗前,2 组患者 PSQI 各项评分及总分差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后,2 组患者 PSQI 各项评分及总分均较治疗前降低 ( $P < 0.01$ ),且观察组在入睡时间、日间功能障碍 2 个评估维度低于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组患者 PSQI 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

项目	观察组(40 例)		对照组(40 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
睡眠质量	2.62 ± 0.49	0.63 ± 0.67 <sup>1)</sup>	2.57 ± 0.50	0.65 ± 0.62 <sup>1)</sup>
入睡时间	2.60 ± 0.50	0.60 ± 0.70 <sup>1)2)</sup>	2.64 ± 0.48	1.00 ± 0.75 <sup>1)</sup>
睡眠时间	2.77 ± 0.42	0.63 ± 0.74 <sup>1)</sup>	2.72 ± 0.45	0.40 ± 0.55 <sup>1)</sup>
睡眠效率	2.78 ± 0.42	0.70 ± 0.69 <sup>1)</sup>	2.64 ± 0.48	0.63 ± 0.67 <sup>1)</sup>
睡眠障碍	2.68 ± 0.47	0.45 ± 0.64 <sup>1)</sup>	2.72 ± 0.45	0.48 ± 0.60 <sup>1)</sup>
日间功能障碍	2.23 ± 0.70	0.60 ± 0.67 <sup>1)2)</sup>	2.20 ± 0.76	1.15 ± 0.74 <sup>1)</sup>
PSQI 总分	16.30 ± 1.56	6.60 ± 2.64 <sup>1)</sup>	16.20 ± 1.32	7.20 ± 2.44 <sup>1)</sup>

注:与治疗前比较,<sup>1)</sup> $P < 0.01$ ;与对照组比较,<sup>2)</sup> $P < 0.05$ 。

**2.2 2 组患者 SAS 评分比较** 治疗前,2 组患者 SAS 评分比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后,2 组患者 SAS 评分较治疗前降低 ( $P < 0.01$ ),但观察组与对照组 SAS 评分比较,差异无统计学意义 ( $P >$

0.05)。见表 3。

表 3 2 组患者 SAS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	$P$ 值
观察组	40	55.68 ± 4.82	50.80 ± 4.94	0.000
对照组	40	54.93 ± 4.42	51.93 ± 4.34	0.000
$P$ 值		0.470	0.282	

**2.3 2 组患者中医证候评分比较** 治疗前,2 组患者中医证候评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后,观察组在睡眠不安、腹胀、纳食较少、便溏不爽、情绪抑郁或易怒、肠鸣矢气、腹痛欲泄泄后痛减 7 个症状的评分较治疗前降低 ( $P < 0.01$ ),对照组在睡眠不安、情绪抑郁或易怒 2 个症状评分较治疗前降低 ( $P < 0.01$ );且观察组在腹胀、纳食较少、便溏不爽、肠鸣矢气、腹痛欲泄泄后痛减 5 个症状评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 2 组患者中医证候评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

项目	观察组(40 例)		对照组(40 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
睡眠不安	7.43 ± 1.36	3.20 ± 1.45 <sup>1)</sup>	7.20 ± 1.38	3.40 ± 1.13 <sup>1)</sup>
胁肋胀痛	4.40 ± 0.99	4.78 ± 1.12	4.15 ± 0.86	4.28 ± 0.99
腹胀	6.15 ± 1.17	2.93 ± 1.97 <sup>1)2)</sup>	5.53 ± 1.28	5.75 ± 1.26
纳食较少	7.30 ± 1.14	3.25 ± 1.01 <sup>1)2)</sup>	7.33 ± 1.16	7.33 ± 0.97
便溏不爽	8.05 ± 1.63	4.93 ± 1.12 <sup>1)2)</sup>	8.13 ± 1.07	8.18 ± 1.20
情绪抑郁 或易怒	7.10 ± 0.90	3.53 ± 0.99 <sup>1)</sup>	7.00 ± 1.16	3.68 ± 1.12 <sup>1)</sup>
喜太息	1.45 ± 0.96	1.35 ± 0.95	1.35 ± 0.86	1.15 ± 0.89
肠鸣矢气	7.78 ± 1.21	2.15 ± 1.21 <sup>1)2)</sup>	7.43 ± 1.34	7.28 ± 1.22
腹痛欲泄, 泄后痛减	7.80 ± 1.07	4.18 ± 1.13 <sup>1)2)</sup>	7.75 ± 1.06	7.23 ± 1.17

注:与治疗前比较,<sup>1)</sup> $P < 0.01$ ;与对照组比较,<sup>2)</sup> $P < 0.05$ 。

**2.4 2 组患者临床疗效评价比较** 2 组患者临床疗效比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 5。

表 5 2 组患者临床疗效比较 (例, %)

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	3(7.5)	27(67.5)	6(15.0)	4(10.0)	36(90.0)
对照组	40	1(2.5)	26(65.0)	10(25.0)	3(7.5)	37(92.5)
$\chi^2$ 值						2.162
$P$ 值						0.540

## 3 讨论

失眠归属中医学“不寐”范畴,以经常不能获得正常睡眠为主要特征,临床常见入睡困难、眠浅易醒、醒后睡眠接续困难、梦多纷扰等,重者甚至彻夜不能寐。在《黄帝内经》中称为“不得卧、目不瞑”。失眠是临床常见病、多发病,大多病程长、迁延不愈、易反复发作,

并容易伴发诸多疾病。在临床上,失眠首选药物治疗,安眠类西药可以让人快速入睡,但有嗜睡、头晕、认知行为改变等不良作用,长期使用则有成瘾性和耐药性等问题<sup>[7,14]</sup>。中医诊疗基于辨证论治,综合调整人体脏腑阴阳气血及气机升降平衡协调,治疗失眠症具有明显的特色和优势。

失眠的病机总属阴阳、气血失和,脏腑功能失调,以致神明被扰,神不安舍<sup>[3]</sup>。从脏腑辨证角度来看,失眠的主要病位在心,但与肝、胆、脾、胃、肾的阴阳气血失调密切相关。病因方面,以情志、饮食或气血亏虚等内伤病因居多<sup>[15]</sup>。当今社会是充满竞争和挑战的社会,生活节奏加快,工作、学习压力增大,思虑过度、所求不遂均易导致肝郁,加之饮食缺乏规律性、饥饱不均极易损伤脾气。肝为刚脏,喜条达而恶抑郁,肝主疏泄,在调畅人体的气机和血运方面发挥着重要作用。若情志不遂、肝郁气滞、肝木亢盛,则易横克脾土;若因饮食所伤、思虑过度、土气不足,则木乘土虚。肝体阴而用阳,肝主藏血,若脾气虚弱,水谷运化失常,影响气血生化,则易导致肝血不足,进而又影响肝之疏泄。可见肝与脾在生理病理上关系密切,肝郁脾虚型失眠是当今社会临床上常见的证型。本研究内服中药汤剂选用逍遥散合柴胡疏肝散加减,方中当归、白芍养肝柔肝以养肝体;柴胡、枳壳、香附疏肝解郁以通畅气机;川芎为血中之气药,开郁结、行气血;党参、茯苓、白术健运中焦脾土;酸枣仁养心益肝、养血安神;合欢皮、首乌藤补养阴血、解郁安神;龙骨、牡蛎平肝潜阳、镇惊安神;炙甘草补益心脾、调和诸药。

清代医家吴师机所著《理渝骈文》有言:“外治之理即内治之理,外治之药即内治之药,所异者法耳”。中医药在数千年的发展过程中积累了丰富的外治疗法对症解决失眠症状。耳穴贴压是根据全息疗法理论,在耳廓上选择合适的反应点贴压王不留行籽,通过对穴位按揉刺激以达到疏通经络、调理气血的功效,临床操作性强,且安全、无创、痛苦小,易被患者所接受,本研究选用的耳穴以神门、枕、皮质下、心、肾、垂前为主穴,以脾、肝、三焦为配穴。其中神门、枕有镇静、安神、利眠的作用。皮质下可治疗大脑皮质层兴奋和抑制功能失调,有调节大脑皮层功能的作用。心主神,为五脏六腑之大主,可宁心安神。肾可水火既济,使阴阳上下制约,又可补脑益心神,使脏腑功能得以平衡。垂前为利眠要穴,可使睡眠深沉、延长睡眠时间、提高睡眠质量、改善多梦早醒或醒后不易再入睡。肝郁脾虚型取穴:脾可健脾益气以养心安神;肝可解郁理气、通畅气机、协调脾胃升降。三焦则可综合五脏六腑的作用<sup>[16]</sup>。

中医的内治法和外治法是一个有机的整体,是治

疗疾病有力的组合拳,临床应用时应尽可能双管齐下,不宜偏废或单独比较、研究。本研究观察组综合运用中药汤剂内服联合耳穴贴压,在施治过程中与患者有更多面对面的详细沟通,2组最终均有临床疗效,差异无统计学意义,但相比于对照组仅于睡前给予口服药物,观察组更显医学人文关怀。2组患者治疗后 PSQI、SAS 评分均较前改善,观察组在改善入睡时间、日间功能障碍方面优于对照组,相关动物研究发现,肝郁脾虚方具有增加失眠大鼠血浆和下丘脑 CCK-8 含量的作用,CCK-8 含量的增加对非快速眼动睡眠有明显的促进作用,有助于增加睡眠<sup>[17]</sup>。安眠类西药艾司唑仑有嗜睡、头晕、认知行为障碍等不良作用,患者虽然睡眠恢复但第 2 天并不感觉精力充沛,由此显示出中医药治疗安全、不良作用小的特点。本次研究对象除了睡眠状况较差外,还伴随肝郁脾虚证的临床表现,通过准确辨证筛选患者,合理使用中药内外联合治法,观察组患者不仅改善了睡眠状况,腹胀、便溏、纳少等肝郁脾虚证临床症状亦得到改善,患者体质得以纠偏,体现了中医整体治疗的优势,总体体质土壤的改善亦有助于调节气血阴阳,改善睡眠。

依据中医辨证论治组方、组穴,中药内服、外治均遵循“理法方药”有机统一的基本原则,中药联合耳穴贴压有助于改善肝郁脾虚型失眠患者的睡眠质量,改善患者焦虑状态,可显著缓解肝郁脾虚证的临床症状。本研究存在不足之处,样本量有限且仅收集了患者干预 10 d 的数据,缺乏对 2 组治疗方法干预效果的随访,对其远期效应还需深入探讨,留下不足,有待今后进一步研究。

#### 参考文献

- [1] 苏亮,陆峥. 2017 年中国失眠症诊断和治疗指南解读[J]. 世界临床药物,2018,39(4):217-222.
- [2] JANSON C, LINDBERG E, GISLASON T, et al. Insomnia in men—a 10-year prospective population based study. [J]. Sleep, 2001,24(4):425-430.
- [3] 中医科学院失眠症中医临床实践指南课题组. 失眠症中医临床实践指南(WHO/WPO)[J]. 世界睡眠医学杂志,2016,3(1):8-25.
- [4] AYAS NT, WHITE DP, AL-DELAIFY WK, et al. A prospective study of self-reported sleep duration and incident diabetes in women[J]. Diabetes Care, 2003,26(2):380-384.
- [5] BRASURE M, FUCHS E, MACDONALD R, et al. Psychological and behavioral interventions for managing insomnia disorder: An evidence report for a clinical practice guideline by the american college of physicians[J]. Ann Intern Med medicine, 2016,165(2):113-124.
- [6] 中国睡眠研究会. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志,2017,97(24):1844-1856.
- [7] 何倩柠,王雪丁,黄民,等. 慢性失眠的药物治疗研究进展[J]. 中国临床药理学杂志,2018,34(15):1932-1936.

- [8] 任卫国,张德伦,宋娟,等.右佐匹克隆与奥沙西洋治疗失眠症有效性及安全性比较[J].中国药业,2018,27(16):70-71.
- [9] 马捷,李峰,宋月晗,等.从肝论治失眠的文献研究[J].中华中医药杂志,2012,27(4):1076-1080.
- [10] 司富春.失眠中医证型和方药分析[J].世界中西医结合杂志,2007(9):520-523.
- [11] 黄俊山,沈银河,张娅,等.原发性失眠肝郁类证候分布及其诊断要素[J].中医杂志,2017,58(3):239-243.
- [12] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准:ZY/T001.1~001.9-94[S].南京:南京大学出版社,1994:19.
- [13] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国中医药出版社,2002:364-366.
- [14] MORIN CM, BENCA R. Chronic insomnia[J]. Lancet, 2012, 379(9821):1129-1141.
- [15] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2017:147.
- [16] 黄丽春.耳穴治疗学[M].2版.北京:科学技术文献出版社,2017:1-334.
- [17] 张瑜,王秀峰,曾雪爱,等.肝郁脾虚方对失眠大鼠血浆和下丘脑胆囊收缩素-8的影响[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(1):38-40.
- (编辑:张文娟 收稿日期:2023-12-06)

## 桃红四物汤治疗桡骨远端骨折术后腕关节肿痛临床观察

熊仕群

**摘要:**目的 观察桃红四物汤对桡骨远端骨折患者的临床疗效及对腕关节早期肿胀的影响。方法 将桡骨远端骨折的120例患者分为对照组与观察组,各60例。每组均接受早期复位治疗,观察组基于早期复位治疗基础上增加桃红四物汤进行治疗,共治疗2个月。比较2组患者治疗前后的临床疗效、疼痛程度、骨代谢指标、腕关节功能以及出现并发症的几率。结果 治疗后,观察组临床疗效、BGP、OPG、VEGF、TGF- $\beta$ 的水平均高于对照组,TRACP-5b、tPINP以及VAS水平低于对照组,腕关节Cooney功能量表评估高于对照组(均 $P < 0.05$ )。结论 对桡骨远端骨折的患者,在给予早期复位治疗的基础上加用桃红四物汤治疗,能够调控骨折修复细胞因子水平,提高骨代谢功能,加快患者骨折部位的愈合和腕关节基本功能的恢复,值得临床进一步推广。

**关键词:**骨折;桡骨远端骨折;桃红四物汤;中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.11.026 文章编号:1003-8914(2024)-11-2203-04

### Taohong Siwu Decoction in the Treatment of Postoperative Wrist Swelling and Pain of Distal Radius Fracture XIONG Shiqun

(Department of Orthopedics, Susong Hospital of Traditional Chinese Medicine, Anhui Province, Susong 246500, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical efficacy of Taohong Siwu decoction in treating distal radius fractures and its influence on early swelling of the wrist joint. **Methods** One hundred and twenty patients with distal radius fractures were divided into a control group and an observation group, with 60 patients in each group. They received early reduction treatment. The observation group was treated with Taohong Siwu decoction on the basis of early reduction treatment, and the treatment lasted for 2 months. The clinical effect, pain level, bone metabolism indicators, wrist joint function, and probability of complications between two groups of patients before and after treatment was compared. **Results** After treatment, the clinical efficacy, BGP, OPG, VEGF and TGF- $\beta$  levels in the observation group were higher than those in the control group, TRACP-5b, tPINP and VAS levels were lower than those in the control group, and the wrist Cooney function scale assessment was higher than that in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** For patients with distal radius fractures, early reduction treatment combined with Taohong Siwu decoction can regulate the levels of fracture repair cytokines, improve bone metabolism function, and further accelerate the healing of the fracture site and the recovery of basic wrist joint function.

**Key words:** fracture; distal radius fracture; Taohong Siwu decoct; therapy of TCM

桡骨远端骨折(Distal radius fracture, DRF)是一种越来越常见的上肢损伤。无论是手术治疗还是保守治疗,骨折愈合后仍有一定比例的并发症发生。常见

的并发症包括手腕不稳、僵硬、不愈合、肌腱刺激、感染和局部疼痛综合征<sup>[1]</sup>。手腕僵硬是最常见也是最难治疗的后遗症之一,约占DRF的30%<sup>[2]</sup>。手术是一种有效的治疗方法,但存在疼痛剧烈、肿胀、治疗周期长等问题。因此,需要一种能够减轻疼痛、肿胀和关节

作者单位:宿松县中医院骨一科(安徽 宿松 246500)

通信方式:E-mail:solowolf110@163.com